

CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET HISTOLOGIQUES DANS LE SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE DE LA FACULTE DES SCIENCES ET DE LA SANTE DE NIAMEY NIGER.

EPIDEMIOLOGICAL AND HISTOLOGICAL ESPECTS OF GYNECOLOGIC AND BREAST CANCER IN HISTOPATHOLOGIC DEPARTMENT OF NIAMEY'S HEALTH FACULTY NIGER.

Nayama.M*, Nouhou.H**, Souna-Madougou.K*, Idi.N*, Garba.M*, Tahirou.A***, Touré.A*.

Correspondance: Dr Madi NAYAMA Gynécologue Obstétricien Maternité ISSAKA GAZOBI. B.P: 10975 Niamey Niger: madinayama@hotmail.com

Résumé

Introduction: Notre étude a pour objectif de déterminer les aspects épidémiologiques et histologiques des cancers gynécologiques et mammaires en vue de formuler des recommandations adaptées pour une meilleure prise en charge des patientes.

Méthodologie: Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive au sein du laboratoire d'anatomie et cytologie pathologique de la Faculté des Sciences et de la Santé de Niamey. Sur une période de 9 ans (du 01 janvier 1992 au 31 décembre 2000), nous avons relevé tous les cas de cancers gynécologiques et mammaires mentionnés. Nous avons analysé les caractéristiques épidémiologiques des patientes, le type histologique des cancers.

Résultats: Les cancers gynécologiques et mammaires représentent 54.3% de l'ensemble des cancers de la femme et de 33.1% de l'ensemble des cancers diagnostiqués dans les 2 sexes. La moyenne d'âge des patientes est de 36,5 ans avec des extrêmes allant de 9 à 79 ans. La localisation mammaire est nettement la plus fréquente (40.4%) suivi par celle du col utérin (26%). La répartition selon le groupe histologique a décelé une nette prédominance des tumeurs d'origine épithéliale (87%). Les sarcomes ne représentent que 7.9% des cas et 5.1% pour les autres types histologiques.

Conclusion: Malgré les résultats obtenus, des suggestions ont été formulées en vue d'une meilleure surveillance épidémiologique et histologique des cancers gynécologiques et mammaires permettant ainsi une bonne politique de prévention et de prise en charge adéquate des patientes dans notre pays.

Mots clés: cancers gynécologiques, cancers du sein, Niamey, Niger.

Summary:

Introduction: The aim of this study is to identify the epidemiological and histological aspects of gynaecologic and breast cancer for a best care of patients.

Methodology: A retrospective and descriptive study have been realised in the Histopathologic laboratory of Niamey's Health faculty department, Niger. During 9 years (01 January 1992 to 31 December 2000), we brought up all cases of gynaecological and breast cancer. We analysed epidemiologic characteristics of patients, the histological type of cancer.

Results: Gynaecologic and breast cancer represented 54.3% of woman cancer and 33.1% of diagnosed cancer of both sex. Patients mean age was 36, 5 years (extreme 9 to 79 years). The most frequent site was breast (40, 4%) follow by cervix (26%). The distribution according to histological group have detected a neat predominance of epithelial tumours (87%). Sarcoma represents 7.9% of case and 5.1% for the other histological types.

Conclusion: Despite the results, suggestions have been formulated for epidemiological and histological follow up of gynecologic and breast cancer in Niger.

Key Words: Gynecologic cancer, Breast cancer, Niamey, Niger.

Introduction: La santé en matière de reproduction est actuellement un concept global et la lutte contre les cancers génitaux et mammaires, une de ses composantes essentielles, demeure une préoccupation dans beaucoup de pays compte tenu de la gravité de la situation. L'augmentation sensible de l'espérance de vie et les modifications des modes de vie notamment dans les pays en voie de développement, entraîneront une recrudescence des cancers et des autres maladies chroniques non transmissibles. En effet selon les données de

la littérature [1,2] l'incidence des cancers dans le monde passera de 10 millions de cas en 2000 à 20 millions de nouveaux cas en 2020 dont 70% des cas surviendront dans les pays en développement. Le nombre des décès imputables au cancer, plus de 56 millions de personnes en 2000 soit 12% de toutes les causes confondues, est aussi en nette augmentation. Notre étude a pour objectif de déterminer les aspects épidémiologiques et histologiques des cancers gynécologiques et mammaires en vue de formuler des recommandations

adaptées pour une meilleure prise en charge des patientes.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive au sein du laboratoire d'anatomie et cytologie pathologique de la Faculté des Sciences et de la Santé de Niamey. Un registre du cancer du Niger existe depuis 1992 au sein de ce service dirigé par 1 seul médecin anatomopathologiste et 2 techniciens de laboratoire. La période de l'étude s'étend du 01 janvier 1992 au 31 décembre 2000. Sur une période de 9 ans, nous avons relevé tous les cas de cancers gynécologiques et mammaires diagnostiqués. Nous avons analysé les caractéristiques épidémiologiques des patientes, le type histologique des cancers. L'évolution clinique des patientes n'a pas pu être évaluée durant notre étude. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi-info (Version 6.04, Center for Disease Control, Atlanta, USA).

Résultats : Durant la période de notre étude 7710 prélèvements avaient été recueillis en vue d'un examen histologique. 1258 lésions cancéreuses avaient été diagnostiquées soit 16.3% de l'ensemble des prélèvements. 766 lésions cancéreuses avaient été notifiées auprès des patientes de sexe féminin soit une fréquence de 60.9% de l'ensemble des cancers. Les cancers gynécologiques et mammaires avaient été diagnostiqués auprès de 416 patientes soit une fréquence de 54.3% de l'ensemble des cancers de la femme et de 33.1% de l'ensemble des cancers diagnostiqués. La répartition des cancers gynécologiques et mammaires en fonction des années (tableau I) nous permet de constater qu'une moyenne annuelle de 46.22 cas de cancer était diagnostiquée avec des extrêmes allant de 27 cas en 1996 à 61 cas en 1999. La répartition des cancers gynécologiques et mammaires selon la localisation (tableau II) permet de constater une prédominance du cancer du sein (168 cas, 40.4%) suivi par le cancer du col utérin (108 cas, 26%). Les caractéristiques épidémiologiques des patientes sont résumées dans le tableau II. La moyenne d'âge était de 36.5 ans avec des extrêmes de 9 à 79 ans. La classe d'âge 35-44 ans était la plus représentée (135 cas, 32.5%). Les cancers gynécologiques et mammaires demeuraient exceptionnels avant 15 ans (4 cas, 0.9%). Au delà de 64 ans, 37 cas de cancers avaient été diagnostiqués soit une fréquence de 8.9%. Nous constatons à travers l'analyse du tableau II que le cancer

du sein était plus prédominant auprès des patientes dont l'âge était compris entre 25 et 64 ans (151 cas, 89.9%) avec un pic de fréquence situé entre 35 et 45 ans (50 cas, 29.8%). Le cancer du col utérin lui demeurait prédominant auprès des patientes d'âge compris entre 25 et 54 ans (93 cas, 86.1%) avec un pic de fréquence par contre situé entre 35 et 45 ans (47 cas, 43.5%). Le cancer des ovaires et des trompes se retrouvait à tous les âges de la vie de la femme avec des âges extrêmes allant de 9 à 75 ans dans notre série. Deux pics de fréquence avaient été notifiés auprès des patientes dont l'âge est compris entre 35-44 ans et 55-64 ans avec 12 cas (23.1%) chacune. Nous constatons que le cancer du corps utérin était rare avant 25 ans (3 cas, 4.8%) et que le pic de fréquence élevé se situait au niveau de la tranche d'âge entre 45 et 54 ans (18 cas, 28.6%). Le cancer de la vulve et du vagin par contre n'est notifié qu'à partir de 25 ans (3 cas, 15%) et le pic se situait entre 35 et 44 ans (10 cas, 50%). Le cancer du placenta demeurait peu fréquent durant notre étude (5 cas, 1.2%) et se retrouvait auprès des patientes en période d'activité génitale (entre 15 et 45 ans). La répartition selon le groupe histologique des cancers gynécologiques et mammaires a permis de déceler 362 cas (87%) de carcinome, 33 cas (7.9%) de sarcome et 21 cas (5.1%) pour les autres types histologiques. La répartition des cancers du sein par groupe histologique nous a permis de déceler :

- 160 lésions (95.2%) constituées par des tumeurs épithéliales (carcinomes) parmi lesquelles on a enregistré 75 cas (46.3%) de carcinome infiltrant (Tableau III), 25 cas (15.6%) de carcinome médullaire, 19 cas (11.9%) de carcinome lobulaire infiltrant, 11 cas (6.9%) respectivement pour les comédocarcinomes et l'adénocarcinome,

- 3 lésions (1.8%) constituées par des tumeurs conjonctives (sarcomes) dont 1 cas (33.3%) de fibrosarcome et 2 cas (66.7%) de tumeur phyllode maligne,

- 5 lésions (3%) classées parmi d'autres histologiques dont 2 cas (40%) de maladie de Paget et 3 cas (60%) de lymphome malin.

La répartition des cancers du col utérin par groupe histologique nous a permis de notifier :

- ✓ 107 lésions (99.1%) constituées par des tumeurs épithéliales dont 98 cas (91.6%) de carcinomes épidermoïdes, 6 cas (5.6%)

d'adénocarcinome et 3 cas (2.8%) de carcinome indifférencié,

- ✓ 1 cas (0.9%) de tumeur mixte.

La répartition des cancers du corps utérin par groupe histologique nous a permis de notifier :

- 37 lésions (58.7%) constituées par des tumeurs épithéliales dont 17 cas (45.9%) de carcinomes épidermoïdes, 10 cas (27.1%) d'adénocarcinome, 5 cas (13.5%) de choriocarcinome, 3 cas (8.1%) de cystadénocarcinome et 2 cas (5.4%) de carcinome SAI

- 26 lésions (41.3%) constituées par des tumeurs conjonctives dont 17 cas (65.4%) de leiomyosarcome et 9 cas (34.6%) de tumeurs à cellules fusiforme SAI.

La répartition des cancers des ovaires et trompes par groupe histologique nous a permis de notifier :

- 36 lésions (69.3%) constituées par des tumeurs épithéliales dont 18 cas (50%) de cystadénocarcinome,

- 6 tumeurs malignes de la granulosa (11.5%) constituées par des tumeurs mésoenchymateuses et des cordons sexuels,

- 1 cas de fibrosarcome (1.9%) constituée par des tumeurs conjonctives,

- 1 cas de tératome malin (1.9%) constituée par des tumeurs germinales malignes,

- 8 cas (15.4%) de lymphome de haut grade. Le manque d'immunohistochimie n'a pas permis le typage.

La répartition des cancers de la vulve et du vagin par groupe histologique nous a permis de déceler :

- 17 lésions (70%) constituées par des tumeurs épithéliales dont 14 cas (82.3%) de carcinome épidermoïde, 2 cas (11.8%) de carcinome indifférencié et 1 cas (5.9%) de cystadénocarcinome,

- 3 lésions (30%) constituées des tumeurs conjonctives dont 1 cas (33.3%) de fibrosarcome, 1 cas (33.3%) d'hémangiosarcome et 1 cas (33.4%) de rhabdomyosarcome.

Le choriocarcinome a été le type histologique décelé auprès des 5 cas de cancer du placenta.

Discussion : La création et le développement des registres des cancers dans beaucoup de pays en développement contribuent à établir de façon objective la fréquence des cancers en général et ceux des organes gynécologiques et mammaires en particulier. Sur une période de 9 ans, 416 cas de cancers gynécologiques et mammaires ont été enregistrés dans le service d'anatomie et

cytologie pathologique soit une moyenne annuelle de 46.22 cas. Ce chiffre ne reflète que partiellement l'ampleur de la pathologie cancéreuse gynécologique et mammaire et des cancers en général au Niger. En effet, il existe toujours une insuffisance d'envoi de prélèvements dans le laboratoire d'anatomie pathologique en rapport avec :

- ✓ une sensibilisation insuffisante des médecins à la nécessité de confirmer leur diagnostic par un examen histologique des biopsies et pièces opératoires,

- ✓ un manque de matériel, le coût des prestations médicales et la pauvreté de la population,

- ✓ un manque de laboratoire d'anatomie pathologique à l'intérieur du pays et surtout de spécialistes dans ce domaine. Nous constatons que pour l'ensemble des cas de cancer dans les 2 sexes, le cancer est beaucoup plus fréquent chez la femme (60.9%) que chez l'homme (39.1%). Cette fréquence chez la femme est aussi en nette progression par rapport à une étude [3] réalisée dans le même service en 1994 qui avait notifié un taux de 31.4% auprès de ce groupe. Ailleurs en Afrique, les cancers gynécologiques et mammaires semblent aussi fréquents. Au Maroc les cancers du tractus génital représentent 50.4% des cancers de la femme et 28.7% de l'ensemble des cancers auprès de deux sexes selon la série de BENIDER et Coll [4]. En Côte d'Ivoire, OUATTARA [5] a notifié une fréquence de 40.27% des cancers de la femme sur sa série et que ces cancers féminins représentent 20.13% de l'ensemble des cancers. Au Cameroun, les cancers de la femme représentent 17% de l'ensemble des cancers selon une étude menée par MBAKOP et Coll [6]. Au Bénin, ZINSOU et Coll [7] ont notifié une fréquence de 12.72% de cancers de l'appareil génital féminin. Dans les pays Occidentaux, les taux des cancers gynécologiques et mammaires varient entre 16.5% et 20.5% et représentent 7.08% selon les études menées depuis 1991 par LAPLANCHE [8] en France. Au Canada en 2000, les cancers gynécologiques uniquement ont représenté 11% de toutes les néoplasies chez les femmes selon DUARTE-FRANCO et Coll [9]. Les différences importantes entre les pays développés et les pays en voie de développement sont en rapport avec le niveau socio-économique et surtout une politique sanitaire beaucoup plus adaptée. En effet dans les pays développés, il existe des programmes de dépistage de certains cancers (sein, col

utérin) qui permettent une prise en charge précoce et adaptée des lésions précancéreuses. La répartition épidémiologique a permis de constater que les cancers gynécologiques et mammaires ont touché toutes les tranches d'âge dans notre série. Cependant nous avons noté une nette augmentation de la fréquence à partir de 25 ans et la présence d'un pic important qui se situe entre 35-44 ans (32.5% des patientes). L'explication se trouve peut être dans le fait que cette tranche d'âge est le reflet de la période des activités génitales et tous les événements qui en découlent (rapports sexuels précoces, infections sexuellement transmissibles, nombreuses grossesses) et surtout à l'insuffisance du programme de dépistage des cancers dans notre pays. Le cancer du sein occupe le 1^{er} rang des tumeurs malignes (40.4%), devant le cancer du col utérin (26.0%) durant la période de notre étude. Les résultats enregistrés dans certains pays africains sont : 49,36% au Burkina Faso, 33.9% au Mali, 27.04% au Bénin, 17,02% au Sénégal, 10.12% en Côte d'Ivoire et 8.40% au Cameroun [10,11]. Notre fréquence élevée peut s'expliquer par le fait que dès 1998 une campagne de sensibilisation médiatique a été réalisée par les professionnels de la santé pour un dépistage individuel du cancer du sein auprès de la population. Il existe une variation géographique importante du cancer du sein liée au niveau socio économique mais aussi à des facteurs d'environnement (migration et sédentarisation de la population). La plus grande fréquence est enregistrée aux Etats-Unis et au Canada (80 pour 100 000), la plus faible dans les pays en voie de développement et au Japon (20 pour 100 000), l'Europe se situant entre les deux (60 pour 100 000) [9,12, 13 14 15]. Malgré le taux de fécondité élevé au Niger (8 enfants par femme), l'âge jeune des femmes au moment de la survenue de la 1^{ère} maternité (à 17 ans près d'une femme sur deux a déjà au moins un enfant ou est enceinte pour la première fois) et la promotion de l'allaitement maternel (rôle protecteur dans la survenue du cancer), l'âge d'apparition du cancer du sein dans notre série est très précoce. En effet 1.2% des cancers sont survenus auprès des patientes âgées de moins de 25 ans, 29.8% des patientes avaient un âge compris entre 35 et 44 ans et seulement 8.9% des patientes avaient un âge supérieur à 64 ans. Notre résultat est

différent de celui de TRAORE [10] au Mali et SANO [11] au Burkina Faso qui ont notifié respectivement un âge moyen de 48.2 et 50 ans. En France [12,13], l'âge moyen d'apparition est de 60 ans et 20 à 30 % des cancers du sein sont diagnostiqués après 50 ans. Aux Etats-Unis, le risque relatif de développer un cancer du sein est de 6.5 dès que l'âge est supérieur à 50 ans avec une incidence de 25 pour 100 000 si l'âge est compris entre 30 à 34 ans, 198 pour 100 000 si l'âge est compris entre 45 à 49 ans et 476 cas pour 100 000 femmes si l'âge est compris entre 70 à 74 ans [9, 12, 13, 14,15]. L'âge étant un facteur de risque important du cancer du sein (mauvais pronostic si l'âge est inférieur à 35 ans [9,12]), il est important de tenir compte de l'âge de nos patientes au moment de l'instauration d'un programme de dépistage de masse de la population. Il serait beaucoup plus logique de recommander un dépistage de masse chez les patientes à partir de 40 ans et un dépistage individuel en dehors de cette période dans notre région. Au niveau histologique on note une nette prédominance des tumeurs épithéliales (95.2%) dans notre série, résultat similaire aux données de la littérature [8, 9, 10,11]. Mais nous avons notifié aussi une fréquence élevée de carcinome médullaire (15.6%) dans notre série. Dans la littérature [13,16], ce type histologique de cancer est rare (1 à 6% des cancers du sein) et aussi de bon pronostic, ouvrant ainsi des voies à des recherches plus poussées dans notre région. Nous constatons aussi l'absence de carcinome in situ, lésion infra clinique dans notre série. Cela peut s'expliquer par les modes d'admission tardives des patientes dans les formations sanitaires (au stade de tumeurs palpables, inflammatoires, abcédées ou métastatiques dans la majorité des cas) et aussi l'absence de programme de dépistage de masse. Le cancer du col utérin occupe le 2^{ème} rang des tumeurs malignes (26%) dans notre série. Selon les données actuelles: 500 000 nouveaux cas de cancer du col utérin sont identifiés dans le monde dont 80% dans les pays en voie de développement et 300 000 femmes en meurent chaque année. Le cancer du col représente le deuxième cancer de la femme (15%) après celui du sein, il est très rare avant de 20 ans (1 seul cas dans notre série) et sa fréquence augmente jusqu'à 50 ans puis se stabilise [17,18]. Dans les pays industrialisés, l'instauration des programmes de dépistage axés sur la

cytologie a permis de réduire l'incidence de ce cancer (moins de 2.9% par) occupant ainsi le 5^{ème} rang des cancers féminins [19]. Dans les pays en voie de développement, il occupe le 1^{er} rang des cancers féminins par manque de programme de dépistage et l'insuffisance de spécialistes. 80% des patientes sont admises à un stade tardif: le cancer du col utérin demeure un réel problème de santé public [9, 10,17,18, 19,20]. Il existe plusieurs facteurs de risque liés à la survenue du cancer du col utérin : les rapports sexuels précoces avant l'âge de 17 ans, la consommation de tabac, les partenaires multiples, la profession itinérante du mari, les infections cervico-vaginales chroniques, les déficits immunitaires (HIV, transplanté rénale), les grossesses nombreuses et surtout les infections à HPV oncogènes (16,18, 31, 45) [17,18,19]. Actuellement, l'absence de frottis de dépistage permettant de dépister les néoplasies intra épithéliales (meilleur pronostic) est considérée comme un facteur de risque majeur de survenue de cancer du col utérin [18,19]. Notre pays à l'instar des autres pays en voie de développement, grâce à la Collaboration de l'OMS et le CIRC de Lyon, a instauré depuis 2001 un programme de dépistage par inspection visuelle à l'acide acétique et de Lugol du cancer du col utérin. Les résultats très encourageant obtenus de cette étude multicentrique [18] nous incitent à pérenniser cette pratique alternative dans nos régions à faibles ressources. Le cancer de l'endomètre avec un taux de 190 000 cas par an en 2000, vient au 7^{ème} rang des tumeurs malignes les plus courantes chez les femmes dans le monde [9]. Dans notre série, il occupe le 3^{ème} rang des tumeurs malignes (15.2%). L'incidence du cancer de l'endomètre varie considérablement à l'échelon international. Les régions où le risque est le plus élevé sont l'Amérique Centrale (plus de 25 pour 100 000 en Argentine et en Uruguay), en Europe (22 pour 100 000 au Luxembourg et 18 pour 100 000 République Tchèque), en Guyane (18 pour 100 000), en Amérique du Nord (16 pour 100 000 aux Etats-Unis et au Canada), tandis qu'on enregistre des taux 10 fois moins élevés en Afrique de l'Ouest (moins de 2.5 pour 100 000) [9,10, 21]. Le cancer de l'endomètre, hormonant dépendant, est un cancer de la femme âgée en général : son incidence grimpe en flèche après 40 ans et commence à fléchir après 75 à 79 ans [9, 21]. Dans notre série, il a concerné les patientes âgées de plus de 44 ans (42 cas,

66.7%). Le cancer de l'ovaire, selon PARKIN [22] représente 3 % de tous les cancers chez les femmes et avec plus de 165 000 nouveaux cas estimatifs en 2001. Dans notre série Les cancers des ovaires et des trompes occupent le 4^{ème} rang des tumeurs malignes (12.5%). L'incidence du cancer de l'ovaire varie considérablement le plan international: dans les pays en voie de développement, les taux d'incidence sont environ deux fois moins élevés (3/100 000 en Afrique Centrale) que ceux de la plupart des pays développés (13 par 100 000 en Europe du Nord) [8, 9, 22, 23]. Dans notre série, il a été retrouvé à tous les âges de la vie alors que selon la littérature internationale, son incidence ne grimpe que considérablement qu'après 40 ans pour atteindre son point culminant au cours de la huitième décennie de vie [9,23]. Il existe des tumeurs à la limite de la malignité (tumeurs borderlines) de bon pronostic survenant généralement auprès des femmes jeunes, en âge de procréer [9,23]. Mais elles sont difficiles à diagnostiquer dans nos régions compte tenu du mode d'admission habituellement tardive des patientes. Les cancers de la vulve et du vagin, d'apparition tardive (55 à 85 ans) sont rares sur le plan international même si les tumeurs de la vulve sont de deux à trois fois plus fréquentes que celles du vagin [9,22]. Concernant le cancer de la vulve, les taux les plus élevés d'incidence sont enregistrés au Pérou et au Brésil (2,5 et 2,3 par 100 000 respectivement). Pour le cancer du vagin, Les taux d'incidence n'atteignent pas 1 par 100 000 femmes dans tous les pays, sauf en Argentine (1,5 par 100 000) et en Colombie (1,2 par 100 000) [9,22]. Le choriocarcinome, tumeur hautement maligne du trophoblaste villositaire dépourvue de villosité placentaire et de vésicule molaire, peut compliquer tout état gravidique avec un risque de survenue de 1/160 000 en cas de grossesse normale, de 1/15 386 en cas d'avortement, de 1/5 333 en cas de grossesse ectopique et de 1/40 en cas de môle hydatiforme [24,25]. La répartition géographique est très variable : tumeur beaucoup plus rare dans les pays Occidentaux (Amérique du Nord, Europe et Australie) qu'en Asie, Afrique et Amérique Latine (fréquence de 1 pour 10 000 à 50 000 grossesses contre 1 pour 1 400 grossesses) [24,25]. Le pronostic est redoutable dans les pays en voie de développement (létalité de l'ordre de 50% [26]), lié à une prise en

charge tardive des patientes et aux coût des médicaments (chimiothérapie).

Conclusion : Les cancers gynécologiques et mammaires sont fréquents et concernent particulièrement les femmes jeunes (moyenne d'âge de 36,5 ans) dans notre région. Le cancer du sein est de loin le cancer de la femme le plus fréquent suivi par le cancer du col utérin. La répartition selon le groupe histologique a décelé une nette prédominance des tumeurs d'origine épithéliale. Malgré les efforts notables réalisés par les professionnels de la santé en vue de sensibiliser les femmes au dépistage individuel du cancer du sein par la mammographie et au test de dépistage à l'acide acétique et au lugol pour le cancer du col utérin, nos résultats ne représentent qu'une infime partie de l'ensemble des cancers au Niger. Certaines suggestions s'imposent permettant une meilleure surveillance épidémiologique des cancers gynécologiques et mammaires en vue d'une bonne politique de prévention et une prise en charge adaptée des patientes:

- ✓ Faire la promotion des méthodes de diagnostic histologique;
- ✓ Renforcer l'équipe du laboratoire par la formation de médecins anatomo-pathologistes et techniciens;
- ✓ Faire la promotion du registre du cancer crée à la Faculté des Sciences et de la Santé et l'étendre à l'intérieur du pays avec les moyens nécessaires;
- ✓ Publier les statistiques concernant les différents cancers,
- ✓ Créer des centres de dépistage notamment du col utérin à l'intérieur du pays;
- ✓ Mettre en place des programmes de prévention et de dépistage des cancers au Ministère de la Santé Public et de la Lutte Contre les Endémies et,
- ✓ Créer un centre anticancéreux pour mieux harmoniser la prise en charge des patientes.

Références

- 1 Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2000: cancer incidence, mortality and prevalence Worldwide. Version 1.0. IARC Cancer Base No. 5. Lyon, IARC Press, 2001.
- 2 Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin.* 2005 Mar-Apr; 55(2):74-108.
- 3 Nouhou H, Mahamadou O, Adéhossi E. Cancer au Niger: Etude de fréquence relative sur une période de 3 ans (1989-

1991) *Médecine d'Afrique Noire*: 1993, 41(3):171-8

4 Benider A, Samlali R, Acharki A, Sahraoui S, Kahlain A.

Approche épidémiologique des cancers au Maroc *Maghreb Méd.* 1994; 277:32-5

5 Ouattara S

Cancer du tractus génital féminin: aspect épidémiologiques et histologiques de 1455 cas diagnostiqués dans le laboratoire d'anatomie pathologie des CHU de Cocody et Treichville de 1984 à 1993. Thèse en Médecine. Abidjan, 2001.

6 Mbakop A, Essame Oyono JL, Ngbangako MC, Abondo A.

Epidémiologie actuelle des cancers au Cameroun *Bull Cancer.* 1992; 79(11):1101-4.

7 Zinsou C.P, Fourn L, Zohoun T.

Aspects épidémiologiques des cancers au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou *Médecine d'Afrique Noire*: 1990, 37(5):230-6

8 Laplanche A, Benhamou E.

Estimation de l'incidence des cancers en France *Bull Cancer.* 1991; 78 (5):405-14.

9 Duarte-Franco E, Franco EL.

Other Gynecologic Cancers: endometrial, ovarian, vulvar and vaginal cancers *BMC Womens Health.* 2004 Aug 25; 4 Suppl 1:S14.

10 Traoré M, Diabaté FS, Diarra I, Mounkoro N, Traoré Y, Tekété I, Kanambaye D, Dolo A. Cancers gynécologiques et mammaires: aspects épidémiologiques et cliniques à l'hôpital du point G à Bamako. *Mali Médical.* 2004. T XIX No 1:4-9

11 Sano D, Cissé R, Dao B, Lankoandé J, Traoré S.S, Soudré R.B, Sanou A. Le cancer du sein, problèmes diagnostiques et thérapeutiques au CHU de Ouagadougou *Médecine d'Afrique Noire*: 1998, 45(5):297-301

12 Uzan S, Seror J-Y, Chopier J, Antoine M, Barranger E, Merviel P, Mathieu E, Lotz J-P, Gligorov J, Touboul E.

Cancer du sein *Traité de Gynécologie.* Edition Flammarion. Paris 2005: pages 534-555

13 Vinatier D, Orazi. G.

Peut-on prévenir chimiquement le cancer du sein en 2003? *Gynecol Obstet Fertil.* 2003 Apr; 31(4):327-36.

14 Dunn JE Jr, Austin DF.

Breast cancer among American Japanese in the San Francisco Bay area. *Natl Cancer Inst Monogr.* 1977 Dec; 47:93-8.

15 Parkin D.M.

Cancers of the breast, endometrium and ovary: geographic correlations. *Eur J Cancer Clin Oncol* 25 12 (1989), pp. 1917-1925.

16 Li CI, Uribe DJ, Daling JR. Clinical characteristics of different histologic types of breast cancer. Br J Cancer. 2005 Oct 31; 93(9):1046-52.

17 Sankaranarayanan R, Black RJ, Swaminathan R, Parkin DM. An overview of cancer survival in developing countries. IARC Sci Publ. 1998 ;(145):135-73

18 Sankaranarayanan R, Basu P, Wesley RS, Mahe C, Keita N, Mbalawa CC, Sharma R, Dolo A, Shastri SS, Nacoulma M, Nayama M, Somanathan T, Lucas E, Muwonge R, Frappart L, Parkin DM. IARC Multicentre Study Group on Cervical Cancer Early Detection. Accuracy of visual screening for cervical neoplasia: Results from an IARC multicentre study in India and Africa. Int J Cancer. 2004 Jul 20; 110 (6):907-13

19 Querleu D, Blanc E. Cancer du col utérin. Traité de Gynécologie. Edition Flammarion. Paris 2005: pages 360-359

20 Muteganya D, Bigayi T, Bigirimana V, Sindayirwanya, Marerwa G. Le cancer du col utérin au CHU de Kamenge : A propos de 35 cas. Médecine d'Afrique Noire : 1993, 41(3) :171-8

21 Descamps P, Catala L, Lefebvre C, Cellier P, Bouisson F, Anglade E, Crouet A, Geoffrion H, Neven P, Cutuli B

Tableau I: Répartition des cancers par année

Années	Nom bre de pré lève ments	Nombre total de cancers diagnos tiqués	Nombre total de cancers de la femme	Cancers gynécologi ques
1992	1294	131	85	39
1993	1021	203	118	66
1994	724	108	63	31
1995	834	164	90	48
1996	547	86	47	27
1997	769	140	86	39
1998	717	122	91	57
1999	899	165	101	61
2000	905	139	85	48
Total	7710	1258	766	416

Tableau III: Répartition des carcinomes mammaires.

Type histologique	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Carcinome canalaire infiltrant	74	46.3
Carcinome médullaire	25	15.6
Carcinome lobulaire infiltrant	19	11.9
Adénocarcinome	11	6.9
Comédocarcinome	11	6.9
Carcinome indifférencié	6	3.8
Carcinome papillaire	4	2.5
Carcinome à cellules géantes	4	2.5
Carcinome épidermoïde	2	1.2
Carcinome inflammatoire	2	1.2
Carcinome métaplasique	1	0.6
Carcinome à grandes cellules	1	0.6
Total	160	100

Cancer de l'endomètre. Traité de Gynécologie. Edition Flammarion. Paris 2005: pages 332-349

22 Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. Int J Cancer. 1999 Mar 15; 80(6):827-41

23 Body G, Marret H, De Poncheville L, Alonso A-M, Acker O. Cancers de l'ovaire et de la trompe. Traité de Gynécologie. Edition Flammarion. Paris 2005: pages 371-407

24 Vuong PN, Guillet JL, Houissa-Vuong S, Lhomme C, Proust A, Cristalli B. Pathologie des tumeurs trophoblastiques gestationnelles. Gynecol Obstet Fertil. 2000 Dec; 28(12):913-26

25 Golfier F, Raudrant D, Frappart L, Guastalla J.-P, Trillet-Lenoir V, Mathian B, Seckl M.J, Hajri T, Schott A.M.

Les môles hydatiformes et les tumeurs trophoblastiques: conduite à tenir pratique CNGOF. Mises à jour en Gynécologie Obstétrique. Tome XXVII. 2003. Page 53-99

26 Cissé CT, Sall A, Moreau J-C, Mendez V, Touré M, Afoutou J-M. Prévention du choriocarcinome post molaire en milieu africain: exemple du Sénégal

La lettre du Gynécologue. No307- Décembre 2005 pages: 8-14

Tableau II: Répartition des cancers gynécologiques et mammaires en fonction du siège et par tranches d'âge

Âges (ans)	Sein	Col utérin	Corps utérin	Ovaires et trompes	Vagin et vulve	Placenta	Total
0-14	0	1	0	3	0	0	4
15-24	2	0	3	3	0	2	10
25-34	36	21	4	11	3	0	75
35-44	50	47	14	12	10	2	135
45-54	44	25	18	8	2	1	98
55-64	21	8	12	12	4	0	57
≥ à 65	15	6	12	3	1	0	37
Total	168	108	63	52	20	5	416